UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 42

REMARQUES CLINIQUES

SUR

Trois Cas d'Érythrodermies Secondaires

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Mars 1922

PAR

Henri-Etienne NÈGRE

Né à La Salvetat-sur-Agout (Hérault), le 21 Juin 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse — GRANEL, professeur, *Président*. VEDEL, professeur. RIMBAUD, agrégé. MARGAROT, agrégé. *Assesseurs*.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1922

REMARQUES CLINIQUES

SUR

TROIS CAS D'ÉRYTHRODERMIES SECONDAIRES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 42

REMARQUES CLINIQUES

SUR

Trois Cas d'Érythrodermies Secondaires

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Mars 1922

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Henri-Etienne NÈGRE

Né à La Salvetat-sur-Agout (Hérault), le 21 Juin 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

GRANEL, professeur, *Président.*
VEDEL, professeur.
RIMBAUD, agrégé.
MARGAROT, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM.	GILIS.
Histologie		VIALLETON.
		GRYNFELTT
Physiologie		HEDON.
Physique médicale		N...
Chimie biologique et médicale		DERRIEN, *doyen*.
Botanique et histoire naturelle médicales		GRANEL.
Anatomie pathologique		MASSABUAU.
Microbiologie		LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales		BOSC.
Pathologie interne		N...
Thérapeutique et matière médicale		VIRES.
Hygiène		BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie		N...
Clinique médicale		DUCAMP.
		VEDEL.
Clinique chirurgicale		TEDENAT.
		FORGUE, *assesseur*.
Clinique obstétricale		VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses		MAIRET.
Clinique ophtalmologique		TRUC.
Clinique des maladies des enfants		N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		ESTOR.
Clinique gynécologique		DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS, RODET et IMBERT

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie		CRYNFELTT.
Clinique propédeutique de chirurgie	MM.	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine		RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards		EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées		MARGAROT
Médecine opératoire		SOUBEYRAN
Pathologie chirurgicale		ETIENNE.
Accouchements		DELMAS (P.).
Pharmacologie		GALAVIELLE
Matière médicale		CABANNES.
Clinique des maladies des enfants		LEENHARDT.
Stomatologie	Dr	WATON.
Histologie	Dr.	GRANEL F.

Agrégés en exercice

Médecine	MM.	LEENHARDT.	Chirurgie	MM.	RICHE.
		GAUSSEL.			ETIENNE.
		EUZIERE.			LAPEYRE.
		RIMBAUD.	Accouchements		DELMAS (P.)
		MARGAROT.	Histoire natur.		GALAVIELLE
Anatomie		DELMAS (J.)			CABANNES
Chimie		MESTREZAT	Physique		PECH.

Examinateurs de la thèse:

MM. GRANEL, prof., *président*.	RIMBAUD, agrégé.
VEDEL, professeur.	MARGAROT, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON GRAND PÈRE

DOYEN DES NOTAIRES DE FRANCE

A MA GRAND'MÈRE

Qui ont fait mon instruction.
Bien petit hommage de piété filiale.

MEIS ET AMICIS

H.-E. NÈGRE.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MARGAROT

PROFESSEUR-AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR GRANEL

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR D'HISTOIRE NATURELLE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MON JURY DE THÈSE

A TOUS MES MAITRES

H.-E. NÈGRE.

AVANT-PROPOS

C'est avec une légitime émotion qu'au moment de soutenir notre thèse nous jetons un coup d'œil sur tout notre passé scolaire, regrettant que quelques-uns de nos maîtres emportés par une mort prématurée, ne puissent assister au couronnement de leur œuvre.

A nos divers maîtres de l'Ecole libre du Sacré-Cœur, tous nos sentiments de respectueuse gratitude pour la qualité de leur enseignement et de leurs bons conseils.

A Monsieur le professeur Granel, notre président de thèse, nous disons merci pour tout ce qu'il a fait pour nous.

Nous remercions avec une vive gratitude Monsieur le docteur Margorot qui a bien voulu nous donner ce sujet de thèse et nous a éclairé de ses conseils.

A Monsieur le professeur Soubeyran qui, pendant la guerre, nous a appris les premières notions de chirurgie.

A tous nos maîtres, nous disons merci et les assurons que nous nous montrerons digne du passé de la Faculté et de leur enseignement.

REMARQUES CLINIQUES

SUR

TROIS CAS D'ÉRYTHRODERMIES SECONDAIRES

INTRODUCTION

Le terme d'érythrodermie répond non pas à une maladie, mais à un syndrome cutané pouvant apparaître dans bien des conditions différentes et caractérisé par « une *rougeur inflammatoire* de la peau, *très étendue* ou *généralisée, persistante* et *squameuse* ».

Dans certains cas, l'érythrodermie semble primitive et paraît répondre à la détermination cutanée d'une maladie générale; on se trouve alors en présence d'une affection qui, par ses autres manifestations, ressortit soit à une infection, soit à une intoxication, soit à une viciation du métabolisme de diverses substances, soit à une altération sanguine, soit à une malformation congénitale.

Nous laisserons complètement de côté ce groupe d'érythrodermies encore que dans certains cas la distinction ne soit pas toujours aisée à établir entre elles et le second groupe dont il nous reste à fixer les limites.

Ce second groupe comprend les *dermatoses rouges,*

squameuses qui apparaissent chez un sujet *déjà atteint d'une maladie cutanée;* l'érythrodermie est alors consécutive à un eczéma, à un psoriasis, au pityriasis rubra-pilaire, à un lichen plan, etc.

Darier distingue dans ce second groupe deux sortes d'affections: les unes résulteraient simplement de la *généralisation de la dermatose préexistante.* C'est ce qui se passe quand un psoriasis devient universel; l'éruption s'étend alors à la presque totalité des téguments mais garde ses caractères essentiels. On désigne ce sous-groupe par le nom de « *dermatoses érythrodermiques* ».

Les autres, au contraire, résultent de la *superposition* à la maladie cutanée d'une *rougeur squameuse, étendue* et n'ayant plus les caractères de la dermatose qu'elle vient compliquer; on leur donne le nom « *d'érythrodermies secondaires* ».

Les limites tracées entre ces deux sous-groupes sont légitimes et méritent d'être conservées. Il nous a paru toutefois qu'il existait entre elles une parenté assez grande qui justifie leur rapprochement.

Trois observations d'érythrodermies consécutives à diverses dermatoses nous ont paru illustrer particulièrement cette manière de voir.

Nous aurions voulu étayer notre argumentation clinique sur des recherches plus complètes, mais ces observations telles qu'elles sont paraissent assez démonstratives et nous ont inspiré quelques remarques qui nous ont semblé suffisamment intéressantes pour être rapportées.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Etat actuel de la question

Sous le nom de pityriasis rubra on comprenait autrefois le vrai pityriasis rubra et toutes les affections cutanées qui, de près ou de loin y ressemblaient. Mais la science marchant toujours et les besoins de clarté dans ce fouillis se fit bientôt sentir et les dermatologistes étudièrent ces dermatoses de plus près.

Pour en arriver à la classification admise actuellement, on peut distinguer trois périodes:

1° Une première période pendant laquelle on commence l'étude des faits;

2° Une deuxième période pendant laquelle on crée les groupes hétérogènes dont nous venons de parler;

3° Une troisième période pendant laquelle on essaye de constituer dans cette masse informe de cas disparates, des types morbides définis tout en faisant ressortir les liens étroits qui les unissent entre eux.

Passons donc rapidement ces trois points en revue:

Première période. — Dans des observations d'éruptions rouges et desquamatives, publiées avant Willan et

Bateman, on retrouve les traits principaux sur lesquels ont insisté les auteurs suivants; Willan et Bateman décrivirent donc les premiers le pityriasis subra.

Puis Biett et Alibert virent des cas analogues; Roger les décrit sous le nom de pityriasis généralisé; Devergié, d'autre part, n'admet pas cette dénomination, il en distingue une variété chronique et une variété aiguë et voit pour la première fois ce que E. Besnier et Richaud décrivirent sous le nom de: pityriasis rubra pilaris.

Bazin décrit un pityriasis rubra chronique qu'il range dans ses herpétides et arrive à une conception analogue à celle qu'admettent à l'heure actuelle la plupart de nos contemporains.

Deuxième période. — F. Hebra, à Vienne, décrit un pityriasis rubra se rapprochant de la forme grave de Devergié; son travail fut complété par Neumann, Haus Hebra et Kaposi.

Erasmus Wilson, en 1870, complique la question d'abord en ajoutant au mot pityriasis le mot foliacea, puis il remplace cette dénomination par celle de dermatitis exfoliativa. Et alors les travaux de Hantrey-Benson, de W.-G. Smith, de Normann Moore, de Tilbury Fox, de G.-H. Fox et de bien d'autres, nous prouvent que dermatite exfoliative et pityriasis rubra sont des termes dont on se sert indifféremment et qui partant sont synonymes.

En 1879, l'anglais Buchanam Baxter reconnait: *a*) une dermatite exfoliative primitive; *b*) une dermatite exfoliative secondaire survenant pendant le cours d'une autre affection cutanée (eczéma, psioriasis, lichen, pemphigus). Elle correspond aux herpétites malignes exfoliatrices de Bazin; pour cet auteur, il y a une maladie essentielle venue s'ajouter à une dermatose antérieure.

Enfin Pye Smith donne un résumé de l'état de la question en Angleterre et en Amérique.

Nous arrivons ainsi à la troisième période.

Troisième période. — En 1874, Percheron, élève de E. Vidal, dans sa thèse admet : une forme franchement aiguë pseudo-exanthémateuse et une forme subaiguë ou chronique subdivisée en éruptions primitives et en éruptions secondaires.

Derrecagaix décrit l'érythème scarlatiniforme rhumatismal, tandis que Besnier et E. Vidal décrivent l'érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant.

En 1879, la dermite exfoliatrice de E. Vidal est décrite et nommée dermite aiguë grave primitive par Quinquaud.

Les médecins de l'Hôpital Saint-Louis, en 1881, distinguent quatre grands groupes d'affections dans l'ancien pityriasis rubra.

a) Pityriasis rubra pilaire ;

b) Herpétides exfoliatrices de Bazin ;

c) Les érythèmes scarlatiniformes récidivants ;

d) La dermatite exfoliatrice généralisée.

Enfin Brocq, par ses travaux de 1882, 1884 et 1889 apporte la lumière sur ces affections ; Pétrini de Galatz en étudie l'anatomie pathologique, puis en 1891 et 1892, Jadassohn en Allemagne et Oro Mario contribuent par leur travaux à fixer les idées.

Brocq et Besnier donnent la classification suivante : un premier groupe comprenant les érythrodermies secondaires où ils distinguent : *a*) les érythrodermies exfoliantes secondaires accidentelles dé E. Besnier ; *b*) des érythrodermies généralisées exfoliantes que l'on observe parfois au cours du mycosis fongoïde ; *c*) les herpétides exfoliatives de Bazin, et un deuxième groupe comprenant les

érythrodermies primitives ou le syndrome se manifeste d'emblée.

Enfin Darier donne une classification très simple: un premier groupe d'érythrodermies secondaires qu'il divise en *a*) dermatoses érythrodermiques et *b*) érythrodermies secondaires proprement dites (herpétides bénignes et herpétides malignes); un deuxième groupe comprenant les érythrodermies primitives comme pour Brocq et Besnier.

Voilà à peu près où en est la question et quelle est la classification la plus généralement admise.

CHAPITRE II

Etude clinique

Reprenant la division classique de Darier nous voyons que les érythrodermies qui apparaissent au cours de diverses dermatoses peuvent être divisées en deux groupes suivant qu'elles constituent une simple généralisation de la maladie cutanée préexistante ou bien une complication cutanée venant se superposer à cette affection tégumentaire.

Nous indiquerons sommairement les caractères distinctifs de ces deux groupes.

Premier groupe. — Les dermatoses érythrodermiques ont des caractères généraux communs à toutes les érythrodermies et des caractères particuliers, en rapport avec la maladie initiale.

Caractères généraux. — Les dermatoses érythrodermiques conservent dans leurs grandes lignes les caractères cliniques des maladies cutanées originelles, mais des modifications se produisent qui tendent à les rapprocher d'un type commun.

Dans la morphologie dominent des lésions du type érythémateux étendues à toute la surface cutanée; l'exfoliation devient plus facile, se fait sous forme de lambeaux

minces et larges dont la chute spontanée est habituelle. On remarque en outre une tendance à la persistance et surtout une sensibilité particulière des téguments qui ne supporent plus les topiques guérissant généralement les dermatoses originelles.

Caractères particuliers. — Ceux-ci varient naturellement avec la dermatose pré-existante, un psoriasis universalis n'a pas les mêmes caractères qu'un eczéma généralisé. Nous indiquons rapidement les principales variétés cliniques.

a) *Eczéma généralisé.* — Parfois l'eczéma, sous l'influence de causes diverses et souvent inconnues, envahit toute ou presque toute la surface des téguments. On a vu une forme assez spéciale que l'on a appelée eczéma rubrum. La peau est d'un rouge vif, tuméfiée, se couvre de vésicule et quelquefois même de bulles par confluence. L'exfoliation se fait ensuite par larges lambeaux. L'éruption reste d'ailleurs toujours suintante et on voit de-ci de-là, des portions de téguments sains.

b) *Psoriasis généralisé.* — Le psoriasis ne reste pas toujours à l'état de taches isolées les unes des autres et on peut le voir d'emblée ou bien dans le cours de l'affection confirmées au cours d'une application irritante quelconque, la rougeur devenir des plus vives; elle se généralise avec rapidité; les téguments sont rouges, tuméfiés et recouverts de squames larges et minces. Il peut se produire ainsi plusieurs poussées subintrantes ou non, qui se calment, ou qui évoluent vers l'herpétide soit bénigne soit maligne.

Deuxième groupe. — Les érythrodermies secondaires proprement dites, attirent l'attention par les caractères suivants :

La dermatose primitive, affection localisée, ne s'étend pas ou s'étend peu, ne modifie pas ses caractères, ou le fait assez peu ; mais sur l'ensemble des téguments primitivement sains apparaît une rougeur érythrodermique qui ne tarde pas à s'accompagner d'un processus exfoliant.

Deux cas peuvent alors se présenter :

1° On est en présence d'une *herpétide bénigne.* Sous l'influence d'une cause quelconque (alimentation, traitement, etc.), ou même sans cause appréciable une rougeur généralisée apparaît bientôt accompagnée de desquamation abondante.

Ces phénomènes ne s'accompagnent pas d'une altération de l'état général qui reste bon et ont presque toujours une évolution assez rapide.

2° On est en présence d'une *herpétide maligne.* L'érythrodermie se montre alors chez un sujet déjà porteur d'une dermatose ancienne ; elle s'accompagne d'une atteinte profonde de l'état général qui va en s'aggravant de plus en plus et persiste un temps très long, sans tendance spontanée à la guérison.

Alors que l'herpétide bénigne semblait constituer un incident parfois même épisodique au cours de l'évolution d'une dermatose, l'herpétide maligne apparaît comme une complication terminale d'un fâcheux pronostic : c'est une véritable carence de la peau et comme on l'a dit une sorte de cachexie cutanée.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique

L'étude de l'anatomie pathologique des érythrodermies fut faite surtout par Leloir et Oro Mario qui, d'ailleurs, trouvèrent des différences notables.

Leloir constate un état œdémateux de la couche cornée basale, car il y voit des cellules qui se colorent bien par le carmin; il n'y a plus que quelques vestiges de la couche granuleuse; les prolongements interpapillaires du corps muqueux de Malpighy sont augmentés de largeur et de longueur; ils sont souvent profondément ramifiés dans le derme.

On voit dans les cellules malpighiennes de nombreuses figures de kariokynèse qui démontrent une altération chronique de l'épiderme et de la kératinisation.

Dans le derme Leloir remarque autour des vaisseaux sanguins des lésions destructives des faisceaux conjonctifs; ces territoires dermiques altérés sont infiltrés de cellules embryonnaires. Les fibres élastiques en général sont conservées. Les glandes cutanées généralement ont disparu complètement.

Les nerfs cutanés ont paru sains.

Mario Oro voit une desquamation exagérée du stratum cornéum alors que stratum lucidum et stratum granulo-

sum sont conservés; il décrit le corps muqueux de Malpighy comme atrophié et à certains endroits vacuolaire.

Pour le derme, il décrit de l'allongement des papilles, une prolifération intense du tissu conjonctif; il voit les fibres élastiques beaucoup plus nombreuses, tandis que les parois des vaisseaux cutanés subissent une transformation scléreuse.

D'autre part, Oro Mario trouve des lésions de névrite périphérique et une sclérose légère atrophiante des capsules surrénales.

CHAPITRE IV

Etiologie et Pathogénie

Conservant toujours la même classification, nous ne dirons presque rien des dermatoses érythrodermiques, car succédant: 1° à un eczéma elles sont l'effet de la cause inconnue de ce même eczéma; 2° à un psoriasis, c'est encore à la cause généralisée de ce psoriasis qu'il faut remonter et bien qu'on ait voulu en faire une affection parasitaire, il semble bien que ce soit une altération du système nerveux périphérique qui soit la cause de cette dermatose.

Quant aux herpétides malignes ou bénignes on en est réduit aux hypothèses et nous pensions bien faire de rapporter les trois qui ont été soutenues.

1° Pour ces herpétides, certains auteurs verraient une analogie dans ce qui se passe pour les cardiopathies parvenues à leur dernière période et aboutissant à l'asystolie. Ce serait par conséquent une sorte de cachexie cutanée consécutive à une dermatose invétérée; il y aurait une transformation de l'affection première sous l'influence de causes encore mal connues: toxines diverses provenant de l'insuffisance rénale ou des glandes à sécrétion interne, d'intoxication alimentaire ou médicamenteuse. Mais on est obligé de reconnaître qu'une éruption d'origine toxi-

que est alors surajoutée à la dermatose première et l'hypothèse tombe alors à néant.

2° La seconde hypothèse qui est celle des Anglais et des Américains est qu'il y a une seconde maladie distincte de la première qui vient compliquer celle-ci, se développer concuremment avec elle et modifier le tableau clinique au point de passer au premier plan. Il y aurait d'après ces auteurs deux groupes: 1° le groupe des dermatites exfoliatives primitives, l'affection se développant sur un organisme sain en apparence.

2° Le groupe des dermatites exfoliatives secondaires: le malade ayant ainsi deux maladies cutanées.

Cette conception, on le voit, est de la plus grande simplicité et si, comme l'a montré Brocq, elle est exacte dans quelques cas, dans d'autres malheureusement il n'en est pas toujours ainsi et les vues théoriques, si simples et si séduisantes ne sont par toujours confirmées d'une manière éclatante par le tableau clinique.

3° Enfin quelques autres auteurs admettraient la transformation de la dermatose initiale, qui deviendrait une dermatite exfoliative, un pityriasis rubra de Hébra, un pemphigus foliacé. Cette transformation aurait lieu alors par un mécanisme analogue à celui de la première hypothèse envisagée.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

Dues à l'amabilité de M. le professeur-agrégé Margarot, médecin-chef de la polyclinique des maladies cutanées et syphilitiques

Observation Première

R..., alsacien d'origine, entre à l'Hôpital Général, le 3 septembre 1920, pour psoriasis invétéré; il est blanchi, mais revient quelques jours après.

A l'un de ses passages à l'hôpital, on diagnostique un psoriasis typique à grands éléments, que l'on traite par l'huile de cade et les bains d'amidon.

En novembre 1920, l'éruption se généralise et offre le type du psoriasis universalis. La rougeur est uniforme et les intervalles de peau saine sont peu nombreux; néanmoins, dans les régions où l'éruption est interrompue, il existe une limite nette entre elle et les téguments sains. Les caractères de celle-ci sont ceux d'une plaque de psoriasis. Les squames étaient moins épaisses que d'habitude; l'exfoliation cependant abondante se faisait par lames très minces ayant perdu, leur aspect micacé et leur apparence tache de bougie classique. A cause de la susceptibilité de la peau on se contente de bains alcalins et d'onctions généralisées de graisse douce.

Malgré sa généralisation, la poussée érythrodermique se calme et bientôt on peut reprendre le traitement par l'huile de cade.

Le 21 janvier 1921, récidive; le psoriasis est bien généralisé, mais moins universel que lors de la poussée précédente. Le malade est assez facilement blanchi, mais le 26 mars 1921 apparaissent de nouveaux éléments éruptifs, mais en petit nombre.

Etant donné ce petit nombre des éléments, leur limite particulièrement nette et leur dimension moyenne, on traite les taches par des applications de:

Chrysarobide } àà 10 grammes.
Chloroforme }

Badigeonnage des taches avec cette solution et application consécutive de traumaticine. Ce mode de traitement est renouvelé.

C'est alors que le 22 avril 1921 apparaît une éruption rouge généralisée sans les caractères de psoriasis s'étendant surtout au quart supérieur de la face antérieure du thorax du côté droit; les anciens éléments du psoriasis se détachent en blanc sur ce fond érythémato-pigmenté et apparaissent en négatif.

Avant cette dernière poussée, le 15 avril 1921, on a fait une analyse d'urines (P. Cristol).

Quantité, 1050 grammes; réaction, acide; densité, 1015; urée, 11 gr. 5 par litre; chlorures, 8 gr. 6 par litre; albumine et glucose, néant.

Remarques. — La première érythrodermie présentée par le malade doit être considérée comme répondant à une généralisation du psoriasis; toutefois, il convient de reconnaître qu'elle s'est accompagnée d'une modification légère des caractères cliniques de l'éruption et de la rapprocher des érythrodermies secondaires proprement di-

tes. Ce qui permet d'établir qu'il s'agit bien d'un psoriasis universalis, c'est: l'apparence psoriasique, gardée malgré tout par l'éruption et son évolution relativement rapide.

D'autre part, il convient de préciser les points par lesquels cette éruption se différencie du psoriasis ordinaire, en dehors de la généralisation: modification légère mais certaine des caractères éruptifs; sensibilité particulière de l'éruption érythrodermique qui n'a pu supporter les applications cadiques, bien tolérées auparavant, tendance à faire des érythrodermies de toute espèce (érythème provoqué par la chrysarobine).

Observation II

F. B..., est un vieillard âgé de 70 ans; il entre à l'Hôpital Général le 27 mars 1921.

Dans ses antécédents héréditaires, on ne retrouve rien de particulier.

Depuis quatre ans, ce malade se plaint de douleurs rhumatismales dans les articulations. Il y a deux mois, l'éruption pour laquelle il vient, est apparue; jamais auparavant il n'avait montré une tache sur le corps.

A l'examen, on constate une éruption généralisée essentiellement caractérisée par un érythème diffus dont les limites du côté des restes de peau saine sont assez indécises (pas de bordure nette comme dans le psoriasis).

On constate en outre un léger degré d'infiltration. La rougeur est masquée sur de larges étendues par des squames micacées, blanchâtres, d'apparence psoriasiforme, mais moins épaisses que dans le psoriasis, moins adhérentes, présentant une tendance très marquée à l'exfolia-

tion. Tous les matins, on trouve dans le lit du malade de nombreuses lamelles cornées ressemblant à des copeaux.

En certains points, on note une incrustation surajoutée; à ce niveau, la desquamation paraît moindre et on assiste simplemet de temps en temps à la chute de squames-croûtes d'épaisseur inégale.

Les lésions sont beaucoup plus nettes au niveau de la face antérieure du membre supérieur dans le voisinage du pli du coude, sur le membre inférieur dans le voisinage du genou. L'éruption occupe le ventre, la poitrine, les flancs où se trouvent des squames-croûtes en abondance. Sur le cuir chevelu, la dermatose consiste en un pityriasis qui se résoud en fines squames blanchâtres, peu adhérentes. Sur la face, au niveau du pavillon des oreilles, il existe une rougeur diffuse recouverte de squames-croûtes. Aux jambes, on note la présence de larges squames translucides sur un fond érythémateux parsemé de quelques taches de purpura.

Le raclage méthodique des squames permet de souligner le caractère tache de bougie ; mais on remarque qu'on les enlève avec la plus grande facilité. On arrive assez rapidement sur une pellicule transparente, qui laisse transsuder quelques gouttelettes de sérosité; l'enlèvement de cette membrane amène un suintement sanguin assez abondant.

L'éruption est partout très prurigineuse; on note au niveau des mains des déformations articulaires caractéristiques du rhumatisme déformant; les genoux sont globuleux, déformés, présentent des craquements à la mobilisation et sont le siège de vives douleurs. (Le sujet est devenu impotent et ne marche plus depuis six mois).

L'examen des différents appareils est négatif.

On donne des bains alcalins, on essaie des topiques fai-

bles: glycérole cadique faible, pommade au goudron, à l'acide salycilique et à la résorcine faible, et finalement des applications de procuta. Tout cela n'amène ni aggravation, ni amélioration, l'exfoliation seule paraît plus abondante.

Un mois après son entrée, le malade présente de l'essoufflement, de l'œdème des membres inférieurs, sa température s'élève; on découvre un foyer de pneumonie, les urines deviennent rares, l'état général inquiétant, et le malade emmené par sa famille, ne tarde pas à succomber chez lui.

L'analyse d'urine fait au début donne: quantité, 710; réaction, acide; densité, 1027; urée, 22 gr. 2 par litre; chlorures, 10 gr. 07 par litre; albumine et glucose, néant.

Remarques. — On pourrait penser à un psoriasis généralisé; l'apparence de l'éruption, son caractère nettement psoriasiforme orientaient dans cette voie. L'existence d'artropathies du type déformant absolument identiques à celles observées dans cette affection, étaient de nature à confirmer cette première hypothèse.

Mais 1° chez notre sujet, le rhumatisme déformant s'était manifesté pour la première fois, quatre ans auparavant alors que le sujet n'avait jamais présenté aucune dermatose. C'est simplement deux mois avant son entrée à l'hôpital que le malade a réalisé pour la première fois des manifestations cutanées.

2° L'éruption n'apparaissait pas sous forme de taches confluentes dont les limites par rapport aux rares portions de téguments restés sains, sont très nettement tracées. Les bords étaient plutôt flous.

3° A côté des squames donnant aux lésions l'apparence classique de la tache de bougie et dont l'exfoliation abondante pouvait être mise sur le compte du caractère éry-

throdermique de l'affection, il existait des squames-croûtes et celles-ci traduisaient l'existence en certains points d'un suintement abondant qui n'existe jamais dans le psoriasis.

4° Le raclage méthodique mettait en évidence un suintement et une tendance hémorragique plus marqués que dans le psoriasis typique.

5° L'éruption était très prurigineuse alors que le psoriasis vrai ne cause en général pas de démangeaisons ou de très faibles.

Ici encore, on remarque une transformation de la dermatose; on note en particulier le caractère exfoliant très prononcé de l'éruption, le résultat négatif du traitement.

En outre, il existe un état général défectueux, de l'amaigrissement, de l'asthénie laissant ce vieillard sans défense contre une pneumonie intercurrente.

Somme toute, l'affection présentée par ce malade se rapprocherait de l'herpétide maligne de Bazin.

Observation III

S. R..., jeune fille, âgée de 17 ans, entre à l'hôpital, le 21 février 1921.

Elle nous dit avoir son père en bonne santé; sa mère tousserait souvent, ce qui ne nous permet pas d'affirmer une tuberculose, sa sœur est, elle, aussi en parfaite santé.

Il n'y a jamais eu de maladie cutanée dans la famille.

Dans ses antécédents personnels, on note une coqueluche, des croûtes sur la tête à l'âge de 8 ans, disparues après un an de traitement et quelques poussées de grippe.

En janvier 1921 avant sa venue dans le service, elle voit apparaître sur ses membres inférieurs une rougeur

avec suintement et croûtes, elle en constate aussi au niveau du cuir chevelu.

A son entrée le 21 février 1921, on constate un eczéma total des membres inférieurs, avec un suintement très abondant sentant mauvais, des croûtes d'une épaisseur atteignant jusqu'à 1 centimètre, séparées entre elles par des crevasses profondes. Les téguments ont l'aspect d'une surface craquelée.

On note en même temps une incrustation très épaisse au niveau du cuir chevelu.

Toutes ces lésions étaient accompagnées d'un léger prurit.

L'examen des différents appareils ne révèle rien d'anormal; les urines ne renferment ni albumine, ni glucose.

On lui fait comme traitement des pansements humides faiblement antiseptiques (lotions à l'eau d'Alibour).

Lorsque les croûtes sont tombées, on s'est trouvé en présence d'une surface rouge, occupant la totalité des membres inférieurs, dont les limites supérieures en étaient incertaines, passant par transition insensible aux téguments sains. Cette surface était creusée de nombreux puits eczématiques et recouverte d'un suintement extrêmement abondant; à son niveau, les tissus de revêtement étaient légèrement infiltrés.

Tout essai de topiques a dû être immédiatement abandonné à cause de l'irritation locale, bien que leur emploi n'ait été suivi d'aucune extension de la dermatose.

Vers la fin du mois de mars, une éruption du même caractère très suintante, apparaît à la face antérieure des membres supérieurs. On essaie localement et discrètement quelques topiques, mais leur emploi n'a jamais été prolongé plus de un ou deux jours. La malade ne tolère que des bains d'amidon ou gélatineux et de la graisse douce.

Le 2 mai 1921, on note que l'eczéma s'étend sur la totalité des membres inférieurs, sauf sur la plante des pieds et la face dorsale des orteils, respecte les fesses, mais s'implante sur la région génitale, déborde le pli de l'aine et remonte au-dessus du mont de Vénus. Le ventre ne présente pas d'éruption depuis les régions indiquées jusqu'à une ligne passant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Les faces antérieure et postérieure du thorax sont couvertes d'une rougeur diffuse et suintante. La face, elle aussi, est entièrement recouverte d'eczéma. L'infiltration des téguments est peu marquée. Le cuir chevelu est intact.

On remarque que le suintement est moins intense et que la peau tend à s'exfolier.

Le 3 mai 1921, on retire par ponction veineuse 8 centimètres cubes de sang de la malade qu'on lui injecte aussitôt sous la peau du ventre.

Le 6 mai 1921, la rougeur a diminué sur l'ensemble des surfaces atteintes.

Le 10 mai 1921, on réinjecte à la malade 20 centimètres cubes de son propre sang.

Trois jours plus tard, une amélioration notable est constatée particulièrement à la face et aux jambes où la rougeur est moins vive.

Le 17 mai la rougeur reprend son intensité, déborde largement ses anciennes limites couvre la région du pli du coude où l'on a pratiqué la ponction veineuse et l'abdomen où l'injection sous-cutanée fut faite.

Au bout de deux ou trois jours, à part la plante des pieds et les intervalles interdigitaux il n'y a pas un point des téguments qui ne soit érythémateux, mais cette rougeur repose sur une base légèrement infiltrée et très peu suintante. Par contre, on note l'exfoliation incessante se

produisant sur toute la surface cutanée, se faisant sous forme de lamelles minces, translucides et en quantité considérable.

Comme traitement on se borne à continuer les bains d'amidon, les bains gélatineux et les enveloppements de graisse douce; à noter que celle-ci est parfois mal tolérée et que si elle est un peu impure la malade réagit par une rougeur plus vive et une desquamation plus abondante. Après son bain, la malade réclame son enveloppement à la graisse douce; ses téguments irrités ne peuvent supporter le contact des draps.

Pendant plusieurs mois l'état reste à peu près stationnaire lorsqu'apparaît un œdème généralisé, mou, ne gardant pas l'empreinte du doigt. L'analyse des urines donne les résultats suivants:

Quantité, 1.500 cc.; réaction, acide; densité, 1017; urée, 9 gr. 47 par litre; chlorures en NaCl, 12 gr. 9 par litre; albumine et glucose, néant.

On met alors la malade au régime déchloruré.

En novembre 1921. L'œdème a disparu, mais l'érythrodermie reste la même. On donne pendant un mois des cachets de peptone de 0 gr. 50 avant chaque repas ce qui n'amène aucun résultat ni en bien ni en mal.

En décembre 1921, la malade est mise au régime lacté absolu (elle prend de 3 à 4 litres). Les jours qui suivent on ne remarque aucune amélioration, mais, deux semaines plus tard, la rougeur abandonne certaines régions. Des surfaces de peau saine de la grandeur de la paume de la main apparaissent aux plis des coudes, à la région sternale, sur la joue gauche, au bout du nez.

Actuellement, la face palmaire des mains, la région des aisselles, une partie du cou, les flancs, et une partie du dos sont recouverts de peau saine; au niveau de la face

interne des cuisses, du creux poplité, il y a une amélioration sensible.

Dans l'ensemble, la rougeur est beaucoup moins marquée et il semble qu'il y ait une tendance vers la guérison.

Remarques. — 1° Le tempérament érythrodermique de la malade s'est manifesté par l'irritabilité particulière de sa peau, vis-à-vis des topiques.

2° Malgré l'absence d'irritation cutanée, la généralisation de l'éruption s'est faite et au fur et à mesure de son extension, elle a perdu son caractère eczémateux pour se transformer en une dermatose rouge, à peine suintante, mais fortement squameuse.

3° Un choc protéique réalisé par la réinjection à la malade de son propre sang a eu pour conséquence une atténuation immédiate de la rougeur, malheureusement suivi à brève échéance d'une généralisation complète de l'érythrodermie.

4° On aurait peut-être pu continuer l'autohématothérapie mais sa réalisation devenait impossible par suite de l'absence de territoires de peau saine. Il n'est d'ailleurs pas douteux que l'universalisation de l'érythème a été consécutive à cette thérapeutique.

5° Ce qui a donné le meilleur résultat, c'est:

a) Le défaut d'irritation cutanée.

b) La réalisation d'un régime aussi peu toxique que possible: déchloruré, lacto-végétarien, lacté absolu (depuis deux mois de ce dernier régime, l'amélioration est déjà sensible).

CHAPITRE II

Interprétation et conclusions cliniques

Il est certain que nous sommes en présence de dermatoses érythrodermiques; en effet chez un des malades, les caractères psoriasiformes ont malgré tout été gardés par l'éruption; chez l'autre, ce sont les caractères eczémateux qui se sont retrouvés plus ou moins altérés. Chez un même malade (observation I) la peau a réagi une première fois vis-à-vis de la cause inconnue du psoriasis par une généralisation de cette dermatose (dermatose érythrodermique) et une seconde fois sous une influence toxique, acide chrysophanique, par une herpétide bénigne (érythrodermie secondaire). Il semble donc qu'il existe chez ce malade, en outre de son psoriasis, une tendance de sa peau à faire des érythrodermies des deux types sous l'influence de causes diverses.

La même tendance congestive généralisée, se manifeste et l'extension de l'éruption se fait à diverses reprises chez la jeune malade S. R... (observation III) sous l'influence de causes qui ne sont vraisemblablement pas les mêmes que celles inconues de l'eczéma.

En effet, une première fois spontanément, une seconde fois consécutivement à un essai d'autohématothérapie, l'érythème s'est étendu aux rares points de la surface cutanée jusque là épargnés. Ici nous remarquons que dans

les points nouvellement atteints, les lésions cutanées prennent rapidemet l'apparence qu'elles présentaient au niveau des points où elles existaient précédemment.

Mais dans l'ensemble, combien est différente la lésion de l'eczéma initial; sans doute, ça et là on rencontre bien du suintement et des puits eczématiques, tandis qu'on n'observe pas de croûtes. Il n'y a que des squames très abondantes traduisant l'existence d'un processus d'exfoliation extrêmement actif qui n'appartient pas à la symptomatologie habituelle de l'eczéma.

Mêmes remarques en ce qui concerne le psoriasis universalis et l'eczématide psoriasiforme généralisée.

Les notions que nous avons essayé de dégager nous montrent:

1° Que l'apparition d'une érythrodermie chez un sujet déjà porteur d'une dermatose suppose une sensibilité particulière des téguments.

2° Que cette sensibilité peut être mise en jeu par la dermatose préexistante (eczéma, psoriasis, etc.); mais elle peut aussi être sollicitée par des causes tout à fait différentes. C'est ainsi qu'un psoriasique ayant fait à un moment un psoriasis universel, a fait à une autre époque un érythème chrysophanique généralisé.

3° Lorsqu'il s'agit d'une herpétide maligne ou bénigne, c'est-à-dire d'une érythrodermie secondaire vraie, il est incontestable que l'on se trouve en présence d'une affection nouvelle sans rapport avec la dermatose première.

4° Lorsqu'on se trouve en présence d'une dermatose érythrodermique en dépit de la conservation de quelques caractères cliniques originels, l'aspect de l'éruption se trouve nettement modifié et on a l'impression qu'une nouvelle maladie a remplacé la première.

Sans doute, elle conserve des liens de parenté avec la

dermatose initiale, mais la symptomatologie qui tend à se rapprocher d'un type commun quelle que soit l'origine de l'érythrodermie et à se résumer en une rougeur générale avec exfoliation abondante, nous démontre bien qu'il y a incontestablement des éléments nouveaux; que, d'autre part, la maladie actuelle dont nous analysons les manifestations, bien que nous puissions établir entre elles et l'affection cutanée, qui a servi de point de départ, un lien de continuité ininterrompu, n'est plus le psoriasis, l'eczématide psoriasiforme, l'eczéma que nous avions tout d'abord diagnostiqué.

L'existence de complications absolument indépendantes de la dermatose initiale (herpétides bénigne ou maligne), la réalisation dans d'autres cas d'érythrodermies tendant vers un type clinique commun, quel que soit le point de départ, nous porterait à croire qu'il existe:

Un syndrome érythrodermique commun en rapport avec une sensibilité spéciale de la peau qui, dans certains cas, peut exister à l'état de pureté en dehors des territoires de la dermatose première et qui, dans d'autres cas, se superpose à la maladie de la peau originelle pour constituer avec elle un hybride, dans lequel persistent quelques-uns des caractères de l'eczéma du psoriasis ou de l'eczématide psoriasiforme, mais dans laquelle se retrouvent surtout les caractères cliniques communs à toute érythrodermie.

Cette dualité que l'on trouve dans les dermatoses érythrodermiques ne répond peut-être pas simplement à des causes pathogéniques différentes. On peut même se demander si, dans certains cas elle ne révèle pas l'existence d'une sorte d'antagonisme morbide.

L'observation I (psoriasis généralisé), nous fait assister à un phénomène assez fréquent en dermatologie. Chez un sujet porteur de taches psoriasiques extrêmement net-

tes apparaît du jour au lendemain, à la suite d'un traitement par l'acide chrysophanique, un érythème généralisé et même une érythrodermie; mais fait particulièrement intéressant au niveau des plaques congestives de la première maladie, la peau présente un aspect absolument normal.

Ce phénomène est à rapprocher de la disparition progressive des signes propres à la maladie originelle (observation de l'eczéma), avec tendance de plus en plus marquée à mesure qu'elle persiste davantage, à présenter les symptômes d'une pure érythrodermie exfoliatrice.

Un troisième fait peut être encore invoqué en faveur de l'hypothèse de cet antagonisme. Lorsque chez la malade atteinte de l'eczéma généralisé, on a fait de l'autohématothérapie, on a vu l'éruption se généraliser et la desquamation augmenter alors que le suintement paraissait diminuer légèrement; l'érythrodermie paraissait résulter d'un effort curateur de l'organisme qui aurait dépassé son but.

CHAPITRE III

Conclusions étiologiques et pathogéniques

L'emploi du vieux mot herpétide peut paraître suranné à l'heure actuelle, mais avec la plupart des dermatologistes, nous pensons qu'il doit être maintenu, parce qu'il s'applique à des faits particulièrement bien décrits par les premiers maîtres de l'école de Saint-Louis.

Ces derniers en avaient non seulement donné une description clinique précise, mais ils avaient bien vu qu'il s'agissait là, beaucoup moins d'une maladie cutanée, que d'une manifestation en rapport étroit avec un tempérament particulier.

Les observations que nous rapportons, comme d'ailleurs celles publiées récemment, permettent de conserver dans son ensemble cette interprétation générale à la condition de l'adopter aux idées médicales actuelles.

Il semble bien qu'une prédisposition cutanée spéciale préside à l'apparition des érythrodermies du type de celles que nous avons décrites. Autrefois, on invoquait un herpétisme mystérieux, aujourd'hui nous dirions plus volontiers qu'ie s'agit d'une sensibilisation spéciale des téguments qui, congénitale relève de l'idiosyncrasie, acquise est du ressort de l'anaphylaxie (Widal, Abrami, Lermoyez: Anaphylaxie et idiosyncrasie, *Presse médicale*, 4 mars 1922, p. 189).

Dans ces deux cas, l'érythrodermie serait déclanchée par un choc protéique.

L'exemple le plus net nous en est fourni par la malade qui, traitée pour un eczéma, par injection sous la peau de 10 centimètres cubes de son propre sang, a réalisé une généralisation érythrodermique d'une dermatose déjà très étendue.

CHAPITRE IV

Pronostic

Les trois cas que nous rapportons ont été bénins, sauf un qui s'est terminé par la mort chez un malade âgé, usé, qui contracta une pneumonie intercurrente.

Quant aux deux autres, l'un est sorti guéri de l'hôpital et le second est en voie de guérison.

Nous devons faire remarquer d'ailleurs que chez ces derniers l'état général est malgré tout resté bon et que l'on n'a rien relevé du côté des autres appareils; ce qui nous permet d'affirmer que le pronostic doit être considéré comme bon lorsque l'érythrodermie ne s'accompagne pas de troubles des divers émonctoires, mais qu'au contraire, il doit être très réservé lorsqu'on voit les malades s'anémier, maigrir, présenter une diarrhée incoercible.

CHAPITRE V

Conclusions thérapeutiques

D'après ce que nous avons dit, on doit chercher surtout à faire une médication :

1° Symptomatique ou externe ;
2° Etiologique ou interne.

1° Ici, c'est l'irritabilité particulières des téguments qui est la principale indication ; par conséquent, on emploiera des adoucissants (graisse douce, bains d'amidon) et on tâtera la susceptibilité des téguments aux divers topiques réducteurs faibles.

2° On devra chercher :

a) A désintoxiquer l'organisme, soit par un régime alimentaire (légumes et lait) ;

b) A le désensibiliser par la protéinothérapie après recherches par les diverses cuti-réactions.

CONCLUSIONS

I. — Il est légitime, au point de vue clinique, de maintenir la distinction entre les dermatoses érythrodermiques (généralisation d'une dermatose préexistante) et les érythrodermies secondaires (complication sans rapports avec l'affection cutanée première).

II. — Toutefois, lorsque une dermatose devient érythrodermique tout en conservant quelques caractères en rapport avec la nature de l'affection première, elle présente une tendance de plus en plus marquée à réaliser un type clinique commun à toutes les formes, quelles que soient leurs origines et qui se trouvent être celui des érythrodermies secondaires; la dermatose devient rouge, sèche et squameuse.

III. — Les notions qui précèdent tendent à nous faire admettre l'existence d'un syndrome érythrodermique commun en rapport avec une sensibilité spéciale de la peau.

Dans certains cas, il se réaliserait à l'état de pureté en dehors des limites de la dermatose première (érythrodermie secondaire). Dans d'autres cas, il se superposerait à la maladie originelle pour constituer un hybride dans lequel persisteraient quelques-uns des caractères de l'eczéma du psoriasis, de l'eczématide psoriasiforme, etc.

mais dans lequel se retrouvent surtout les caractères communs à toute érythrodermie.

IV. — Cette sensibilité de la peau paraît être en rapport avec un véritable tempérament cutané qui relèverait soit de l'idiosyncrasie, soit de l'anaphylaxie et dans les deux cas serait mise en activité par un choc protéique.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Royer. — *Traité pratique et théorique des maladies de la peau,* t. II, p. 160 et suivantes.

Devergié. — *Traité pratique des maladies de la peau,* p. 442, 1857, 2e édition.

Bazin. — Leçons sur les affections cutanées arthritiques et dartreuses, 1868.

Hebra (Haus). — Viertelj. f. Dermat. und Syph., 1876.

Wilson (Erasimus). — Diseases of the skin, 1867.

— Lectures on eczema, 1870.

Smith (W.-G.). — *Dublin Med. Journal,* 1870.

Saint-Bartholomew's. — Hops reports, 1884.

Tilbury-Fox — *Med. Times and Gaz.,* 1873 et 1876.

— *The Lancet,* 28 février 1874.

— *Skin diseases,* 1874.

Fox (G.-H.). — *Arch. of dermat.,* 1875.

Boxter (Buchanam). — *British med. journal,* 26 juillet 1879, p. 19.

Vidal (E.). — *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux,* 1874, p. 256.

Percheron. — Etude sur la dermatite exfoliative généralisée. *Thèse de Paris,* 1875.

Derrecagaix. — *Thèse de Paris,* 1874.

Quinquaud. — Compte rendu de la Société anatomique, octobre 1879.

Brocq (L.). — Etude critique et clinique sur la dermatite exfoliatrice généralisée ou mieux maladie d'Erasmus Wilson. *Thèse de Paris,* 1882.

— Comptes rendus du Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie, 1889, p. 72.

Oro (Mario). — Sulle dermatiti exfoliativi generalizzate. *Giornale italiano delle malattie veneree et della pelle,* 1892, 1893, 1894.

Leloir (H.). — Cliniques de l'Hôpital Saint-Sauveur, 1885.

Vidal (E.) et Leloir (H.). — *Traité descriptif des maladies de la peau,* 1890.

Brocq (L.). — *Traitement des maladies de la peau,* 1890, Doin.

Besnier (Ernest). — *La pratique dermatologique.* Masson et Cie, Paris.

Darier (J.). — *Précis de dermatologie.* Collection de précis médicaux, Masson et Cie, Paris.

Leod (Mac). — Maladies de la peau. Lewis et C°, éditeur, Londres, 1920.

Barthélemy (R.). — Dermatologie usuelle; diagnostic et traitement.

Laurentier. — Erythrodermies à début eczématiforme, puis généralisées exfoliatrices; mélanodermie; autopsie. *Annales de derm. et syph.,* année 1921, n° 8-9, p. 356.

Pautrier et Fages. — Erythrodermie exfoliante généralisée à mode urticarien. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie,* année 1907, p. 433-545.

Leiner. — Erythrodermie desquamative des nourrissons. *Annales de dermatologie et syphiligraphie,* 1908, p. 442.

Queyrat. — Erythrodermie généralisée consécutive à un traitement mercuriel. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1908, p. 585.

Pinkus. — Taches blanchâtres déprimées au cours d'une érythrodermie généralisée. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1908, p. 170.

Spiethoff. — Erythrodermie avec tuméfaction ganglionnaire et osseuse. *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1909, p. 60.

Polland. — Pathogénie des érythrodermies exfoliatives. *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1910, p. 530.

Beck (G.). — Sur l'érythrodermie desquamative des nouveau-nés. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1912, p. 47.

Morgan et Iliescou. — Contribution à l'étude des érythrodermies exfoliantes et en particulier du pityriasis rubra. *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1913, p. 577.

Callomon. — Sur la maladie de Brocq. *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1913, p. 626.

Sutton. — Classification des érythrodermies rebelles, squameuses, maculeuses et maculo-papuleuses. *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1914-1915, p. 165.

Sachs. — Pathogénie des érythrodermies exfoliantes généralisées. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1914-1915, p. 492.

Lœwe (Mlle). — Erythrodermie desquamative généralisée. *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1916-1917, p. 314.

Butte. — Erythrodermies consécutives à des plaies de guerre. *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1916-1917, p. 322.

Bine. — Erythrodermie exfoliante consécutive à des injections de néosalvarsan. *Annales de dermatologie et syphiligraphie,* 1916-1917, p. 533.

Comby. — Erythrodermie exfoliatrice généralisée. *Annales de dermatologie et syphiligraphie,* 1918-1919, p. 238.

Fusey. — Erythrodermie exfoliative généralisée due au cacodylate de soude. *Annales de dermatologie et syphiligraphie,* 1920, p. 364.

Polland. — Rapports entre certaines formes d'érythrodermies exfoliatives et la tuberculose. *Annales de dermatologie et syphiligraphie,* 1920, p. 364.

Blechmann et Hallez. — Erythrodermie desquamative généralisée. *Société de pédiatrie,* 15 mars 1921.

Casal. — Eritrodermia tratada con cianuro de oro y potassio. *Sociedad espanola de dermatolog.,* 6 mars et 9 avril 1920.

Covisa. — Eritrodermia secundaria caso clinico. *Sociedad espanola de dermatologia,* 6 mars et 9 avril 1920.

Isaac. — Sekundœre erythrodermie. *B. D. G.,* 10 mai 1921.

Kolopp. — Erythrodermie non congénitale ichthyosiforme: B. S. F. D. réunion de Strasbourg, mai 1921.

Oppenheim. — Erythrodermia exfoliativa universalis. W. D. G., 24 février 1921.

Sequeira a Panton. — Case of erythrodermia with lymphocytosis P. S. of 4 Section of dermatology, 16 juin 1921, p. 89.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Remarques cliniques sur trois cas d'Erythrodermies secondaires

Par M. Henri Nègre.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 7 mars 1922.
Le Professeur,
GRANEL.

Vu :
Montpellier, le 8 mars 1922
Le Doyen,
E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 8 mars 1922.
Le Recteur,
Jules COULET